Über Massage

insbesondere

Dehnung und Lösung der abnormen Fixationen des Uterus und seiner Adnexe.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 10. März 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Kurt Timmling

aus Burgstaedt (Kgr. Sachsen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Schäfer.
- Dr. med. Tschirschwitz.
- Cand. med. Niedergesässe.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinem lieben Bruder

William Timmling.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0002

In allen Gebieten der praktisch-medicinischen Wissenschaft, vorzüglich in der Gynäkologie, ist der grosse Fortschritt der letzten Jahrzehnte zu begrüssen, dass man zur Stellung einer genauen Diagnose sich weniger allgemein-theoretischen Combinationen hingiebt, als vielmehr einen äusserst klaren Localbefund aufzunehmen und dementsprechend ein Heilverfahren einzuschlagen bemüht ist, welches die radicale Beseitigung der vorgefundenen Schädlichkeiten in Angriff nimmt. Die zahlreichen und sehr verschiedenartigen Methoden der gynäkologischen Untersuchung beweisen, dass man eine vollkommene Diagnostik auszubilden immer noch bestrebt ist. Die Zeiten sind vorbei, in welchen der praktische Arzt teils aus Mangel an geeigneter Sachkenntnis, teils aus falscher Rücksichtsnahme eine Untersuchung des weiblichen Genitalapparates unterliess, lediglich aus dem Aussehen und den Klagen der Patientin seine Diagnose stellte und in Gestalt eines Pulvers oder eines Trankes der Kranken gute Hoffnung mit auf den Weg gab. Nachdem man das Unzulängliche eines solchen Verfahrens und die Notwendigkeit einer örtlichen Untersuchung und Behandlung eingesehen hatte, griff man zum Speculum, betrachtete sich Vagina und Portio und applicierte Jodtinctur oder sonst ein Medicament. Die neue Zeit in der Gynäkologie brach an, als Männer wie Holst, Bernhard Schultze, Hegar, Sims und Schröder die bimanuelle oder combinierte Untersuchung zum Dogma erhoben. Nunmehr erst konnte man sich eine einigermassen klare Vorstellung von den Veränderungen an den Organen des weiblichen Beckens, welche jenseits der Scheidengewölbe liegen, machen und mehr zu leisten versuchen, als die Portio bepinseln oder mit Hülfe eines Tampons irgend ein gutes Mittel in der Scheide zu de-

ponieren. Für die bimanuelle Methode spricht ihre allgemeine Anerkennung und Anwendung. Sie allein ermöglicht es, sich von den parametritischen Narbenzügen und perimetritischen Strängen und Pseudomembranen zu überzeugen, welche den Uterus und seine Adnexe verlagern und durch diese Verlagerungen schwere Leidenszustände schaffen, gegen welche die Therapeutik bisher machtlos war — man müsste denn die Laparotomie und darauffolgende Durchtrennung der Fixationen für gerechtfertigt erklären. Darum ist es als ein Segen zu betrachten, dass Männer erstanden sind, die ein Verfahren gefunden haben, durch welches nicht nur eine noch genauere Diagnose als bisher zu stellen, sondern auch eine einfache, wirksame und gefahrlose Therapie einzuschlagen die Möglichkeit gegeben ist: ich meine den Schweden Thure Brandt und B. S. Schultze.

Betrachten wir zunächst das, was Brandt für die Gynäkologie geleistet hat. Er hat die Massage eingeführt, die Massage, welche in anderen Gebieten der medicinischen Wissenschaft, z. B. der Chirurgie, schon längst allgemein anerkannt ist. Dieser Umstand und die Thatsache seiner zahlreichen und grossen Erfolge haben ihm allmählich weitgehende Anerkennung verschafft, während auf der anderen Seite die Veröffentlichungen des „Laien“ Widerspruch bei den Einen, indifferentes Verhalten der Anderen veranlasst haben.

Ueber die Entstehung und Entwicklung des Brandtschen Verfahrens ist kurz Folgendes zu bemerken: Im Herbst 1842 trat Brandt in das kgl. gymnastische Centralinstitut in Stockholm ein und genoss hier den von den Professoren Branting und Georgi geleiteten Unterricht in den verschiedenen Zweigen der Gymnastik, war dann an diesem Institut, später in Norrköpping als Gymnast thätig. Hier übernahm er vor allem weibliche Patienten zur heilgymnastischen Behandlung. Im Jahre 1847 kam ein Soldat zu ihm, welcher Hülfe gegen einen plötzlich entstandenen Vorfall des Mastdarms verlangte. Brandt brachte den Kranken in „krummhalbliegende“ Stellung, schob die rechte Hand im linken Hypogastrium tief in's Becken hinein, suchte an der Flexura sigmoidea einen Griff zu gewinnen und zog unter gleichzeitiger sanfter „Schüttelung“ nach ein- und aufwärts. Es ge-

lang ihm, den Darm so zu reponieren, dass er niemals wieder vorfiel. Dieser Erfolg brachte ihn auf den Gedanken, den viel häufigeren Vorfall der Gebärmutter ähnlich zu behandeln, und so hat er im Verlaufe vieler Jahre die sogenannten Lyftungen oder Hebungen des Uterus ausgebildet und eine grosse Anzahl Heilungen des Prolapsus uteri erzielt. Gelegentlich der Lyftungen, bei welchen der Uterus von den Bauchdecken aus kräftig gefasst werden musste, bemerkte er, dass Schwellungen desselben abnahmen. Diese Entdeckung brachte er mit der aus der Behandlung chirurgischer Leiden längst gewonnenen Erfahrung, dass durch „Klemmung und Druck“ in geschwollenen Teilen Blutableitung und Resorption bewirkt wird, in Einklang. Von nun an „knetete“ er zielbewusst den Uterus und fand, dass durch seine Manipulationen metritische und endometritische Zustände sich beseitigen liessen. In gleicher Weise bearbeitete er die kranken Tuben und Ovarien. Da aber die Organe der arbeitenden Hand oft entschlüpften, gab ihnen Brandt eine innere Stütze mittels eines in das Rectum oder die Vagina eingeführten Fingers und kam so unabhängig von Anderen auf eine bimanuelle Methode, welche ihm auch für das blosse Untersuchen vorzügliche Dienste leistete; sie liess ihn erkennen, wie der Uterus und seine Adnexe richtig liegen und andererseits, wie häufig und in welcher Weise die Teile „nach verschiedenen Punkten des Beckens festgezogen sind“. Um die Normallage der dislocierten Organe wiederherzustellen, sah Brandt die Notwendigkeit ein, die abnormen Fixationen auszudehnen. Einmal, um die oben berührten Schwellungen der Beckenorgane zu entfernen und dann, um die eben erwähnten Dehnungen der pathologischen Verwachsungen auszuführen, gab er der Patientin mit der rechten Hand von den Bauchdecken aus „Zitterdrückungen“, während die innere, linke, Hand das zu drückende Organ stützte, ein Verfahren, welches viele Jahre hindurch unter dem Namen „Doppeldruck“ zur Anwendung kam. Statt der Zitterdrückungen machte Brandt später kleine, leichte Kreisbewegungen, bezw. „Kreisreibungen“ bei zu- und abnehmendem Drucke über dem Uterus, seinen Anhängen, den Parametrien und spricht seitdem (1874) von Massage.

Die Massage ist nur der specielle Teil von Brandts Behandlung der weiblichen Geschlechtskrankheiten. Seine Allgemeinbehandlung besteht darin, dass er die Lebensweise seiner Patienten nach allgemein diätetisch-hygienischen Grundsätzen regelt und eine systematische Gymnastik verordnet, d. h., die Kranken müssen eine Reihe activer Bewegungen ausführen oder es werden ihnen gewisse Bewegungen, passive und Widerstandsbewegungen, „gegeben". Die Gymnastik soll den Gemütszustand der Leidenden heben und die Circulationsverhältnisse des Beckens in dem Sinne regeln, dass in einigen wenigen Fällen Blut zu-, in den meisten hingegen Blut abgeleitet wird. Schliesslich sollen einzelne gymnastische Übungen die Musculatur des Beckenbodens zu kräftigen im stande sein. Bei einzelnen Gelegenheiten verordnet Brandt eine mässige Wassercur, indem er mit nicht zu kaltem Wasser gewisse Körperstellen bestreicht, mit einem Handtuche trocken „drückt", ohne zu reiben, worauf Bettruhe oder Bewegung im Freien einzutreten hat. Im Jahre 1868 veröffentlichte Brandt seine reichen Erfahrungen in seiner „Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies du bassin et principalement utérines." Nach dem Vorgehen seines Schülers Dr. Nissen setzte Brandt seine Massagebehandlung auch während seine Kranken menstruierten, mit grossem Vorteile fort. So wirkte er in Stockholm seit 1872, hat aber erst 1886 eine Autorität auf gynäkologischem Gebiete gefunden, welche sein Verfahren einer objectiven Prüfung zu unterziehen bereit war. Durch Vermittlung des Dr. Profanter kam Brandt mit Nissen nach Jena und arbeitete hier unter der steten Controle von B. S. Schultze mit einer Anzahl geeigneter Patientinnen. Profanter hat über Brandts Thätigkeit in Jena genau berichtet; seiner Publication setzte Schultze ein Vorwort voran, in welchem er unter anderem ausspricht: „Ich habe die Überzeugung gewonnen, dass die Massage der Beckenorgane, speciell die Methode des Herrn Thure Brandt, vortreffliche Erfolge hat für Dehnungen und Lösungen alter parametritischer Fixationen des Uterus". Im Laufe der Zeit haben namhafte Gynäkologen die Brandtsche Massage teilweise mit Modificationen angenommen

und ihre Erfolge mitgeteilt. 1888 brachte Dr. Resch eine deutsche Bearbeitung von Brandts Gymnastiken, 2 Jahre später veröffentlichte Brandt selbst seine Methode in deutscher Sprache, nachdem er in den Jahren manches Unnötige fortgelassen und manch Wesentliches hinzugethan hatte.

Die grosse Anzahl von Fällen, über welche ich in dieser Arbeit zu berichten mir erlauben werde, stammt aus der kgl. Universitätspoliklinik für Frauenkrankheiten der Charité. Hier ist die Methode von Dührssen, der Gelegenheit hatte, sie im Herbst 1890 in Stockholm bei Brandt selbst kennen zu lernen, in ihrer Anwendung und Ausführung vereinfacht und daher vervollkommnet worden.

Die Massagebehandlung geht von zwei leitenden Gesichtspunkten aus.

1. Durch die Zirkelreibungen über den erkrankten Organen werden die Nerven derselben gereizt; die Nerven beeinflussen die Circulation, die Circulation beherrscht die Ernährung der Gewebe: venöses Stauungsblut wird fortgeschafft, arterielles Nährblut zugeführt. Oder man kann sich auch vorstellen, dass rein mechanisch der Lymphstrom in den massierten Organen angeregt wird — stagnierende Flüssigkeiten, Infiltrationen und Exsudate werden wie aus einem Schwamme aus- und in die abführenden Lymphwege hineingepresst. Eine befriedigendere wissenschaftliche Erklärung kann man vorläufig nicht geben, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass unter einer solchen Massagebehandlung der entzündlich vergrösserte Uterus, sein krankes Endometrium und seine chronisch entzündeten Anhänge günstig beeinflusst und para- und perimetritische Exsudate zum Verschwinden gebracht worden sind.

2. Abnorme Adhäsionen des Uterus und seiner Adnexe, das sind also die Folgezustände abgelaufener Para- und Perimetritiden, werden durch die Massage allmählich gedehnt, unter Umständen durchtrennt, so dass die früher abnorm fixierten Organe in die ihnen zukommende Lage gebracht werden können.

Schultze unterscheidet streng gefässlose und gefässhaltige Fixationen. Für erstere, da sie resorbierbar sind, betont er die eigentliche Massage, für letztere, die

nicht resorbiert werden können, sollen die Dehnungen in ihr Recht treten.

Im ersteren Sinne ist die Massage nicht ausschliesslich angenommen worden, einmal, weil die alten Methoden, z. B. die Behandlung der Endometritis durch das Curettement, schneller und sicherer zum Ziele führen, und dann, weil sie in dieser Ausführung nicht als ungefährlich betrachtet werden darf.

Hiergegen leistet sie im zweiten Sinne Erstaunliches, indem sie Leiden beseitigt, denen gegenüber die alte Therapie machtlos ist. Im Verein mit den Schultzeschen Lösungen, deren im zweiten Teile gedacht werden soll, stellt sie die einzige Therapie dar, welche strangförmige und flächenhafte Verwachsungen und deren schwere Symptome ohne Laparotomie gefahrlos zu entfernen in der Lage ist. In diesem zweiten Sinne wird sie auch in der genannten Poliklinik gehandhabt; wenn ich in Folgendem von Massage spreche, meine ich hauptsächlich Dehnung bezw. Lösung.

Kurz geschildert, gestaltet sich eine Massagesitzung folgendermassen: Es ist nötig, dass die Patientin vor der Sitzung Darm und Blase entleert hat. Aus dem Grunde wird am vorteilhaftesten vormittags massiert, weil die Mehrzahl der Frauen für Defäcation am Morgen sorgt. Die Kranke öffnet ihre Taille und das Korsett, lockert die Gürtel ihrer Röcke und legt sich auf das von Dührssen verbesserte Brandtsche Sopha. Das Brandtsche Sopha ist eine einfache Chaise longue, während das Dührssensche ausser dem verstellbaren Kopfende ein verstellbares, erhöhtes Fussende besitzt. Der Bau dieses niedrigen Sophas ermöglicht es, dass die Patientin die von Brandt geforderte „krummhalbliegende" Stellung bequem einnimmt, d. h. Kopf und Thorax, also nicht der ganze Rumpf, liegen auf dem etwas erhöhten Kopfende, das Becken und die ein wenig angezogenen Beine stützen sich auf das etwas erhöhte Fussende, auf dem horizontalen Mittelstück des Sophas liegt die Lendenwirbelsäule fest auf. Die Kranke lässt die Arme zu beiden Seiten ihres Körpers ausgestreckt ruhig liegen und atmet durch den offnen Mund. Zu ihrer Linken sitzt der Arzt auf einem Stuhle, stützt seinen linken Arm auf das Fussende, um der vorzeitigen Ermüdung

dieses Armes vorzubeugen, und geht von der Seite her, unter dem linken Oberschenkel der Patientin mit zwei Fingern in die Vagina ein, um dem zu massierenden Teile einen inneren Stützpunkt zu geben. Die rechte Hand dringt von den Bauchdecken aus unter beständigem Zirkelreiben allmählich immer tiefer in das Becken ein, bis der zu massierende Körper sich zwischen äusserer und innerer Hand befindet. Die geschilderte Lage der Patientin und die Stellung des Arztes einerseits, und das Abtasten unter fortwährenden Kreisbewegungen andererseits gewährt grosse Vorzüge vor dem Hantieren auf dem gebräuchlichen Untersuchungsstuhl. Einmal ist die Kranke unnötiger Beschauung nicht ausgesetzt, weil die Hände des Arztes unter den Röcken manipulieren, ferner bewirkt die Hochlagerung des Beckens Entspannung der Bauchdecken — sollte die Patientin trotzdem spannen, so wird sie noch mehr auf das schräg ansteigende Fussende heraufgezogen — schliesslich verdrängen die Zirkelreibungen der äusseren Hand die vorliegenden Darmschlingen und beseitigen allmählich eine etwa vorhandene Empfindlichkeit, so dass die Kranke nicht versucht wird, ihre Bauchdecken reflectorisch anzuspannen. Ausserdem kann der rechte Arm freier manövrieren, als wenn man zwischen den Schenkeln der Frau steht. Mit der inneren Hand kann man von der rechten Beckenseite her bis zur linken hin alles bequem abtasten, während auf dem Untersuchungsstuhl die innere Hand ausgiebige Excursionen nur von vorn nach hinten machen kann und bekanntlich die eine Hand oft von der anderen abgelöst werden muss. Nun werden unter beständigem Kreisreiben die Dehnungen ausgeführt, indem die Hände des Arztes das fixierte Organ zwischen sich fassen und vom Fixationspunkt abzuziehen bezw. aus Verlötungen auszuschälen versuchen. Auf diese Weise „massiert“ man ungefähr 10 Minuten lang täglich, auch während der Menstruation, vor allem dann, wenn man merkt, dass das vorher fest verlagerte Organ wesentlich gelockert ist und in richtiger Lage zu bleiben beginnt. Es ist nämlich die Beobachtung gemacht worden, dass eben erst ausgedehnte Adhäsionen sich wieder stark zusammenziehen, wenn die Massage einige Tage ausgesetzt worden ist. Die Behandlung ist als beendet zu be-

trachten, wenn das verlagerte Organ von selbst in seiner Normallage liegen bleibt oder sich leicht in diese bringen lässt. Dünne, gefässlose, perimetritische Stränge lassen sich in einer Sitzung durchtrennen; es kommt vor, dass man schon beim Untersuchen nach der Methode Thure Brandt diese Stränge sich anspannen und alsbald unter merklichem Knirschen plötzlich zerreissen fühlt. Umgekehrt muss auf die Durchtrennung der grösseren perimetritischen und besonders die Dehnung der derben parametritischen Stränge viel Geduld und Zeit mitunter verwendet werden. Man darf sich nicht durch die Kranken, welche manchmal nach einigen wenigen Sitzungen beschwerdefrei sind, verleiten lassen, von einer Weiterbehandlung abzustehen, weil sonst die Frauen nach einigen Wochen wiederkommen mit den alten Schmerzen und dem alten Status — die fühlenden Finger haben zu entscheiden, ob eine Frau gesund ist oder nicht. Seiffart massiert zu kurze Zeit; er verzeichnet unter seinen Fällen ein Recidiv, welches gewiss nur infolge zu kurzer Behandlung eingetreten ist.

Im Gegensatz zu Brandt, welcher sehr vorsichtig massiert, um der Patientin alle Schmerzen zu ersparen, und nur einen Finger und zwar meist in das Rectum einführt, führt Dührssen, wie gesagt, fast immer zwei Finger in die Vagina ein, welche ja an stärkere Insulte als das Rectum gewöhnt ist, und massiert nach den ersten Sitzungen kräftig, weil er einmal dadurch schneller zum Ziel kommt als Brandt und zweitens etwaige sexuelle Reizung paralysiert. Dührssen massiert auch nicht mit offener Hand wie Brandt, sondern mit eingeschlagenen Fingern, weil er sich von den Vorzügen der offenen Handstellung niemals hat überzeugen können.

Leider massieren einzelne Gynäkologen in vollstem Verkennen der Vorschriften Brandt's mit dem inneren Finger, welcher doch nur als Stütze dienen soll. Auf ihre Angaben hin ist Kugelmann wohl berechtigt, die Massage für schädlich zu halten, weil sie eine Art Onanie sei. Ist bei Virgines die Massage indiciert, wird ein Finger ins Rectum eingeführt. Wie die meisten Ärzte, hat auch Dührssen von einer gymnastischen Behandlung seiner Kranken schliesslich Abstand genommen, nachdem er eingesehen hatte, dass er auch ohne die früher

gleichzeitig verordneten „Knieteilungen“ zum Ziele kam. In der That kann man auf diesen Teil der Brandtschen Behandlungsmethode trotz des Widerspruchs Ahrends, welcher die Gymnastik für wesentlich hält, ruhig verzichten, weil sie entschieden zu umständlich, zeitraubend und bei vielen Kranken überhaupt nicht durchzuführen ist. Ebenso wird die Kaltwasserbehandlung, wie sie Brandt empfiehlt, nicht verordnet. Ich will nicht entscheiden, inwieweit diese Kaltwasserbehandlung die Nerventhätigkeit und infolge hiervon die Circulation in den tieferliegenden Teilen anregt; dagegen erhalten die Frauen, welche massiert werden, die Anweisung, täglich zweimal heisse Scheidenausspülungen mit 40 (R.) grädigem Wasser (jedesmal 4 Liter!) zu machen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch diese Ausspülungen die Circulation im kleinen Becken angeregt wird, und vielleicht darf man annehmen, dass durch das heisse Wasser die Umgebung der Vagina etwas aufgelockert wird. Und, nicht der kleinste Vorteil der Ausspülungen ist der, dass durch sie eine Zersetzung der in der Scheide befindlichen Secrete, infolge hiervon übelriechender Ausfluss verhütet wird.

Mit Recht betonen Schultze und Andere, dass die Anwendung der Massage eine peinlich genaue Diagnose voraussetzt. Zur Feststellung derselben muss die Kranke stehend, auf dem Untersuchungsstuhl, auf dem Brandtschen Sopha, per vaginam und per rectum, unter Umständen in Narkose untersucht werden, per rectum besonders dann, wenn es sich um hintere Fixationen des Uterus und nach hoch oben verlagerte Ovarien handelt.

Die Massage wird contraindiciert durch Gravidität, maligne Erkrankungen der Beckenorgane, Eiteransammlungen in den Tuben oder abgekapselten Räumen des Peritoneum; Endometritis wird vor der Massagebehandlung durch das Curettement beseitigt. Ferner wird die Massage unterlassen, wenn sich im Becken ein acut fieberhafter Process abspielt nach dem altbewährten Grundsatz: „Ruhe dem Entzündeten!“ Allenfalls bei subacuten, hauptsächlich bei chronischen, veralteten Fällen tritt sie in ihr Recht. Einige geben die Vorschrift, die Produkte einer Beckenentzündung erst dann

mit Massage in Angriff zu nehmen, wenn mehrere Wochen seit dem Fieber vergangen sind.

Die Indicationen ergeben sich aus dem bisher Gesagten von selbst. Wenn die oben angeführten, contraindicierenden Zustände bestimmt ausgeschlossen sind, geben alle perimetritischen, strang- oder membranartigen Verwachsungen, die parametritischen Verkürzungen der Douglasischen Falten und Narbenzüge im übrigen Parametrium mit oder ohne consecutive Dislocationen des Uterus und seiner Adnexe die Indication zur Massage ab. Der Uterus ist bekanntlich bald nach hinten und oben an das Rectum, bald nach vorn an die Vesica, bald nach seitwärts an die Beckenwandungen fixiert, häufig gleichzeitig retroflectiert, torquiert oder pathologisch anteflectiert, Veränderungen, welche nicht bloss Endometritis, sondern eine Menge anderweitiger Beschwerden zur Folge haben. Die verlagerten Ovarien kleben entweder am Uterus oder an einer Douglasischen Falte, oder sie liegen tief im Douglasischen Raum, oft sind sie fest mit der Beckenwand verwachsen. In den weitaus meisten Fällen sind sie gleichzeitig chronisch entzündet und so die Ursache heftiger Schmerzen; die Oophoritis ist zum Teil eine primäre, zumeist eine secundäre, bedingt durch die fehlerhafte Lage.

Nach den neuesten Erfahrungen besteht ein Circulus vitiosus zwischen Perimetritis und Parametritis. Besonders B. S. Schultze ist der Meinung, dass „chronische locale Peritonitiden im Becken selten verlaufen, ohne dass auch das subperitoneale Bindegewebe mit beteiligt wird. Entzündungsvorgänge, die im Parametrium ursprünglich ihren Sitz haben, führen, sowohl wenn sie acut auftreten, als auch, wenn sie bei chronischem Verlaufe lange bestanden, häufig zu pathologischen Produkten auf der freien Fläche des Peritoneum. Deshalb finden wir häufig parametritische Narben, peritonitische Schwielen, flächenhafte Verklebungen und frei auf der Peritonealfläche verlaufende Pseudoligamente gleichzeitig vor.“

Wenn man bedenkt, dass die Retroflexio uteri die häufigste Frauenkrankheit ist, eine Krankheit vor allem der Frauen, welche geboren haben — 20 % aller gynäkologisch erkrankten Frauen leiden an Retroflexio uteri

— wenn man ferner bedenkt, dass die meisten Retroflexionen fixierte sind — Ziegenspeck nimmt an, dass die Mehrzahl der Retroflexionen nicht durch Erschlaffung der Douglasischen Falten, sondern durch Adhäsionen verursacht wird, umgekehrt sieht Schultze in den Verlötungen die Resultate der durch die Retroflexion bei längerem Bestehen derselben veranlassten Peritonitiden und Oophoritiden — so wird man ein Verfahren schätzen müssen, welches neben den Schultzeschen Lösungen diese Krankheit zu heilen einzig und allein in der Lage ist; über die Berechtigung der Laparotomie und nachfolgender Durchtrennung der Fixationen mittels Pacquelin oder Messer will ich hier nicht Erörterungen anstellen.

Man vergegenwärtige sich die Symptome, welche durch die Retroflexio uteri fixata gesetzt werden: Die Frauen haben beständig Kreuzschmerzen, der Stuhl ist hartnäckig verstopft, seine Entleerung ist schmerzhaft und erschwert, weil der Fundus uteri auf das Rectum drückt, die nach vorn gedrängte Portio macht allerlei Harnbeschwerden, die Knickung in der Gegend des inneren Muttermundes bewirkt Circulationsstörungen mit ihren Folgen: Endometritis, Schmerzen vor der Menstruation, profuse und schmerzhafte Menstruationsblutung, und schliesslich vervollständigen dies grosse Krankheitsbild mancherlei nervöse Erscheinungen, z. B. die bekannten Reflexneurosen bei chronischer Parametritis.

Brandt behandelt eine fixierte Retroflexio folgendermassen: Er sucht sich zunächst genau über Lage, Richtung, Stärke und Zusammenhang der Adhäsionen zu orientieren und massiert dann eine Zeit lang den Uterus, seine Adnexe und die Parametrien, bis die Patientin nicht mehr empfindlich ist. Dann erst dehnt er die Adhäsionen und zwar sehr vorsichtig, weil er glaubt, dass kräftige Dehnungen eine Entzündung in der Umgebung des Uterus hervorrufen könnten. Sobald der Uterus beweglich geworden ist, reponiert er ihn täglich, ohne Sonde, bimanuell, und massiert die in gute Lage gebrachte Gebärmutter. Schliesslich macht er Hebungen, bis eine dauernde Normallage erreicht ist. Auf diese Weise braucht er viel Mühe und Zeit, hat

aber auch unendlich oft seinen Kranken geholfen, unter anderem Obstipationen beseitigt, welche bisher Jahre lang jeglicher Behandlung gespottet hatten. Pessar- und operative Nachbehandlung der Retroflexio uteri verwirft Brandt.

In ähnlicher Weise verfährt Döderlein. Er massiert und reponiert wie Brandt und drückt den Uterus eine Zeit lang zusammen, die Vorderwand des Fundus gegen die Portio. Nach verhältnismässig wenigen Sitzungen soll der Uterus gut anteflectiert liegen.

Dührssens Methode führt schneller zum Ziel. Er massiert, dehnt und löst in der üblichen Weise, eröffnet dann das vordere Scheidengewölbe, drängt die Blase vom Uterus nach aufwärts ab und fixiert mit einigen Suturen das Corpus uteri an die vordere Vaginalwand. So sind mit Massage und darauffolgender Vaginofixation in der Poliklinik vom 1. Nov. 1891 bis 1. März 1892 13 Frauen geheilt oder wenigstens gebessert worden. Die Frauen, welche die Operation verweigerten, bekamen einen Ring eingelegt. In den weitaus meisten Fällen liegt der gelöste und reponierte Uterus gut im Ring. Auch andere Gynäkologen begnügen sich damit, wenn sie den Uterus durch Massage beweglich gemacht und reponiert haben, die Beseitigung der Retroflexio durch Ringbehandlung zu ermöglichen. Die übrigen Lageveränderungen des Uterus werden natürlich entsprechend behandelt. Nur die pathologische Anteflexion nimmt Dührssen durch die sogenannte Zugmassage, über welche ich unten noch einiges anführen werde, in Angriff.

Die fixierten Ovarien und Tuben werden vorsichtig von dem Fixationspunkt abgezogen und schliesslich frei gemacht. Die Ovarien sind häufig in Schwarten eingebettet; es erfordert eine gewisse Zeit, sie aus diesen Verwachsungen auszuschälen. Die Behandlung der verlagerten Ovarien ist deshalb schwieriger, weil sie, wie oben erwähnt, meist gleichzeitig chronisch entzündet, ungemein druckempfindlich sind. Man ist daher oft gezwungen, die ersten Sitzungen lediglich darauf zu verwenden, durch vorsichtiges Massieren zunächst unempfindlich zu machen. Leider haben die reponierten Ovarien grosse Neigung, in ihre fehlerhafte Lage zurück-

zukehren — man hat ja für sie keine Fixationsmethoden, wie für den Uterus —, und einzelne Frauen kommen nach einiger Zeit wieder mit ihren früheren dysmenorrhoischen Beschwerden und Leibschmerzen in der kranken Seite, welche häufig in das entsprechende Bein ausstrahlen. In diesen recidivierenden Fällen wird die Massage wiederholt und so symptomatisch wenigstens sehr Dankenswertes geleistet.

Auch nach der Massage des retroflectierten, fixierten Uterus ohne nachfolgende Operation oder Pessariumtherapie sind Rückfälle eingetreten. Diese Recidive sind aus Epithelverlust am Peritoneum zu erklären. An den Stellen nämlich, von welchen die Adhäsionen abgelöst sind, sind gewissermassen epithelfreie Wundflächen, welche das Wiederverkleben der Organe sehr begünstigen.

Ungefähr 60 Patientinnen sind in dem genannten Zeitraum in der Poliklinik wegen Pelveoperitonitis, speciell Perimetritis chronica, meist posterior, Parametritis chronica posterior und lateralis, daraus resultierenden Lageveränderungen des Uterus: Anteflexio, Retroflexio oder Retroversio, beziehungsweise Dextro- oder Sinistroversio, fixata, schliesslich Perioophoritis und Perisalpingitis, zum Teil in den verschiedensten Combinationen massiert worden. Die Resultate sind im allgemeinen befriedigend. Nach einer oder einigen Sitzungen blieben einzelne wenige Patientinnen weg, weil ihnen die Massage Unbehagen machte, die anderen gewannen aber um so mehr Vertrauen zu der Behandlung, als sie sich überzeugten, dass die Schmerzen nicht nur während des Massierens, sondern auch im allgemeinen geringer wurden. Bei verschwindend wenigen musste die Massage wegen zu grosser Empfindlichkeit ganz oder zeitweise aufgegeben werden. Recidive sind auch eingetreten, höchstwahrscheinlich infolge zu kurzer Behandlung, und weil gewiss in einer Poliklinik die Behandlung nicht ganz so sorgfältig gemacht werden kann wie in der Privatpraxis. In letzterer, des bin ich sicher, werden die Erfolge der Massage noch besser sein — sind es auch in den von Dührssen privatim behandelten Fällen. Nach erneuter Behandlung der Recidive ist einige Male Dauerheilung erreicht worden.

In einem einzigen Falle hat die Massage in dem einen Parametrium ein ungefähr apfelgrosses Exsudat hervorgerufen. Andererseits sind eine nicht kleine Anzahl Heilungen und sehr viel Besserungen zu verzeichnen, während bei der früheren Behandlung mit Jod, Thiol und Ichthyol die Fixationen blieben, was sie waren.

Es stehen hier also einigen fraglichen oder Misserfolgen Heilungen und Besserungen gegenüber, welche nicht durch Medicamente, sondern durch die modificierte Brandtsche Massage erzielt worden sind.

Einige Massagefälle sollen in Folgendem nach den Journalen der Poliklinik mitgeteilt sein. Ich schicke voraus, dass es Fälle giebt, in denen Stränge vorhanden sind, welche keine Lageveränderung des Uterus und doch intensive, zum Teil ausstrahlende Schmerzen bedingen, wie Fall I beweist.

Fall I. 30. VI. 1892. Frau G., 40 J. alt.

Aus der Anamnese: 6 mal geboren, am 18. IV. a. c. abortiert, Ausräumung und Curettement. Darauf 4 wöchentliches Krankenlager. Seitdem Schmerzen im Kreuz und im Magen.

Menses normal.

Aus dem Status: Uterus anteflectiert, vergrössert; nach hinten empfindliche Stränge.

Diagnose: Perimetritis posterior.

Therapie: Ichthyoltampon. Heisse Ausspülungen verordnet.

7. VII. Hintere perimetritische Adhäsionen sehr gut zu fühlen. Unter Hydrotherapie sehr gebessert. Uterus soll massiert werden.

14. und 15. VII. M. 19. VII. M. — Befinden besser; seit vorgestern Menstruation.

21. VII. M. 22. VII. M. — Beschwerden geringer.

23., 25. und 26. VII. M. 27. VII. M. — Adhäsionen kaum noch fühlbar.

28.—30. VII. M. 1.—3. VIII. M. 4. VIII. M. — Beschwerden verschwunden mit Ausnahme von Sensationen in der Magengegend. Entlassen.

20. X. bestellte ich die Patientin zu mir und konnte die Notiz vom 4. VIII. bestätigen.

Fall II. 6. IV. 1891. Frau B. 30 J. alt.

Aus der Anamnese: Verheiratet seit 10 Jahren.

4 Kinder ausgetragen, 2 mal abortiert (II./III. Monat), Menstruation seit dem 14. Lebensjahre, immer regelmässig. Hat schon lange weisslichen Ausfluss und klagt über Leibschmerzen in der rechten Seite, besonders stark morgens.

Aus dem Status: Uterus retroflectiert, fixiert. Links gehen Stränge von der Portio nach der Beckenwand. Das rechte Ovarium ist zu fühlen, aber nicht sehr empfindlich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: Jod-Glycerintampon.

20. IV. Fortwährend Schmerzen. — Jodpinselung.

27. IV. Uterus lässt sich noch nicht aufrichten. Schmerzen. — Jodpinselung.

25. V. Eadem. 17. VI. Eadem. 25. VI. Uterus ist beweglicher geworden. — Jodpinselung.

12. VIII. Jodtinctur. — Beiderseitige Oophoritis.

1. IX. Jodtinctur. — Beiderseitige Oophoritis.

2. XI. Zur M. bestellt. 3. XI. M. 5. XI. M. 7. XI. M. — Schmerzen haben nachgelassen. — Uterus ist beweglicher geworden.

9. XI. M. — Keine Schmerzen mehr in der rechten Seite.

10. XI. M. — Uterus lässt sich heute zum 1. Mal bimanuell reponieren.

11. XI. M. 13. XI. M. — Patientin hat gestern wieder Schmerzen gehabt.

14. XI. M. — Patientin hat Schmerzen in der linken Seite. — Aufrichten des Uterus mittels der Kugelzange (s. pg. 23) und Einlegen eines Ringes.

19. XI. Eadem. 27. XI. Narkose: Curettement. Beide Ovarien ziemlich frei beweglich, rechts und links Stränge. Vaginofixation — der Uterus liegt gut.

4. XII. Uterus liegt sehr schön antevertiert.

7. XII. Schmerzen in beiden Seiten, besonders rechts. Seit heute morgen Menstruationsblutung. Uterus anteflectiert, Wunde im vorderen Scheidengewölbe fast völlig geheilt.

11. XII. Wunde hat sich bedeutend verkleinert. Seit dem 7. keine Schmerzen mehr, wo Blutungen aus dem Uterus eingetreten sind; letzterer liegt gut. — Hydrastinin.

17. XII. Blutung kam nach 3 Hydrastininpillen (0,025) zum Stehen. Patientin hat seit 3 Tagen gar keine Schmerzen mehr. — Uterus liegt gut anteflectiert, Wunde völlig geheilt.

Fall III. 28. X. 1891. Frau D., 26 J. alt.

Aus der Anamnese: Seit dem 19. J. unregelmässig menstruiert. Seit 2 Jahren verheiratet, keinmal geboren, keinmal abortiert. Seit dem 22. J. Menstruation regelmässig, aber sehr spärlich. Seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen im Unterleib während und einige Tage nach der Menstruation.

Aus dem Status: Uterus schmal und stark anteflectiert, Portio schmal und lang. Linke Douglasische Falte geschrumpft, linkes Ovarium mit ihr verwachsen.

Diagnose: Parametritis posterior, Perioophoritis.

Therapie: Dehnung der Douglasischen Falte, Zirkelreibungen ums Ovarium, später Zugmassage.

(S. unten S. 22—24.)

29. X. Zugmassage. Ichthyolpillen.

10. XI. Seit 8 Tagen keine Schmerzen.

M. und Ablösen des linken Ovariums.

13. XI. M. — L. Ovarium lässt sich bis zur vorderen Beckenwand ziehen.

20. XI. M. — Derselbe Befund. Patientin hat am 17. ihre Menses bekommen, seitdem Schmerzen.

21. XI. M. — Patientin hat wenig Schmerzen.

23. XI. M. — Patientin hat wieder Schmerzen. Das linke Ovarium ist wieder adhärenter geworden, lässt sich nicht nach vorn ziehen. Es werden Zirkeltouren um das Ovarium gemacht.

24. XI. Das Ovarium lässt sich heute wieder bis zur vorderen Beckenwand ziehen. Patientin hat keine Schmerzen mehr.

25. XI. M. — Das Ovarium ist weniger beweglich als gestern, sonst unverändert.

26. XI. M. — Es gelingt heute wieder nicht, das Ovarium nach vorn zu ziehen, dagegen ist der Uterus beweglicher. Patientin klagt über Schwindelgefühl.

27. XI. M. — Status fere idem.

30. XI. M. — Patientin hat keine Schmerzen. Uterus und Ovarien sind viel beweglicher.

1. XII. M. 2. XII. M. 3. XII. M. — Linkes Ovarium lässt sich ganz bis zur vorderen Beckenwand, der Uterus in toto bis zur Nabelhöhe ziehen. Das rechte Ovarium ist vergrössert und mit der rechten Beckenwand verbunden. Patientin wird aus der Behandlung entlassen.

18. XII. Status wie am 3. XII. Schmerzen, heisse Ausspülungen.

13. I. 1892. Patientin hat gar keine Beschwerden. Befund an den Ovarien derselbe. Uterus nach allen Richtungen hin frei beweglich.

Fall IV. 6. I. 1892. Frau H., 39 J. alt.

Schon früher in der Poliklinik behandelt, 3 mal geboren, 1 mal abortiert.

Aus dem Status: Uterus vergrössert, anteflectiert, durch Stränge hinten fixiert. Linkes Ovarium stark vergrössert, fixiert und empfindlich.

Diagnose: Perimetritis posterior, Oophoritis und Perioophoritis sinistra.

Therapie: Massage.

11. I. M. 12. I. M. — Das rechte Ovarium ist ebenfalls fixiert, nicht vergrössert (Perioophoritis dextr.).

13. I. M. 15. I. M. 17. I. M. — Rechtes Ovarium ziemlich beweglich. Schmerzen geringer, hauptsächlich noch rechts.

18. I. M. — Das rechte Ovarium lässt sich bis zur vorderen Beckenwand ziehen, das linke noch nicht. Patientin hatte gestern keine Schmerzen.

19. I. M. 21. I. M. — Patientin hat seit heute morgen ihre Menstruation und Schmerzen. Das linke Ovarium wird aus den Fixationen gelöst und lässt sich beinah bis zur vorderen Beckenwand ziehen.

22. I. M. — Menstruation hat nach der gestrigen M. aufgehört.

25. und 27. I. M. 29. I. M. — Mehr Schmerzen. Linkes Ovarium vergrössert — Bluterguss in dasselbe — M. ausgesetzt.

5. II. Linkes Ovarium kleiner geworden, Schmerzen geringer, auch der Narbenstrang am Uterus links hinten nicht mehr empfindlich. Uterus lässt sich bis zur vorderen Beckenwand ziehen. Rechtes Ovarium frei beweglich.

6. II. M. 8. II. M. 9. II. M. — Linkes Ovarium

etwas beweglich. Der Strang am Uterus ganz unempfindlich.

12. II. M. — Rechtes Ovarium empfindlich — durch Zirkelreibungen vermindert sich der Schmerz.

22. II. Patientin hat sich bis vor 2 Tagen völlig wohl gefühlt, jetzt wieder Schmerzen. Ichthyoltampon.

25. II. Fast keine Schmerzen mehr. Ichthyoltampon.

20. X. 1892. Patientin kommt zu mir mit ihren alten Beschwerden.

Das linke Ovarium ist vergrössert und dicht mit dem Uterus verwachsen.

Patientin ist bereit, sich abermals einer Massagebehandlung zu unterziehen.

Von verschiedenen Modificationen der Massage ist vor allem zweier zu gedenken, welche im Princip zwar ganz gleichartig sind, aber als besondere Methoden Beachtung verdienen. Es ist zunächst die von Bunge zuerst bei hoher Fixation des Uterus angewandte und dann von Sänger unter dem Namen „unterbrochene“ Massage gegen die verschiedensten Adhäsionen eingeführte, von Dührssen mehrfach angewandte Zugmassage. So wie sie Sänger ausübt, ist sie im grossen und ganzen Brandtsche Massage, aber, wie er sich selbst ausdrückt, „mit bewaffneter Hand“. Er lagert die Kranke auf den gewöhnlichen Untersuchungsstuhl, setzt in die vordere Muttermundslippe eine Kugelzange ein und zieht sich den Uterus möglichst weit herunter, um den Fixationen bequem beikommen zu können. Während die äussere Hand von den Bauchdecken aus den Uterus fixiert, unter gleichzeitigem Massieren, manipuliert er mit der anderen Hand folgendermassen: Mit dem Zeigefinger geht er in die Vagina ein, fasst die Kugelzange mit den übrigen Fingern und übt einen gewissen Zug auf den Uterus aus. Der innere Finger massiert die Adhäsionen — das ist das Fehlerhafte seiner Methode; denn mit dem inneren Finger zu massieren ist entschieden zu verwerfen. Auch Bunge kennt eine Massage mit dem inneren Finger! Mit Vermeidung des eben genannten Fehlers leistet die Methode recht Schätzenswertes, weil sie Fixationen zu erkennen und zu dehnen ermöglicht bei einem

Uterus, dessen Portio durch Parametritis posterior nach hoch oben festgezogen ist.

Küstner benutzt dies Verfahren, durch einmaligen Zug mit der Kugelzange den durch parametritische Stränge retrovertierten oder retroflectierten Uterus zu reponieren und ein Pessar einzulegen (s. Fall II).

Auf die dehnende beziehungsweise zerreissende Wirkung der Kugelzange sind Vorkommnisse zu beziehen, welche man sich früher nicht erklären konnte. Eine Frau kommt wegen gewisser Beschwerden zum Arzt; dieser untersucht unter anderem mittels der Kugelzange. Von dem Tage ab ist und bleibt die Frau beschwerdefrei — es sind eben ihre Fixationen gedehnt oder gar gelöst worden, daher die plötzliche Heilung. Man kann daraus die Vorschrift ableiten, bei allen Gelegenheiten, wo man die Kugelzange einsetzt, das Anziehen derselben recht ausgiebig zu gestalten, natürlich nur, wenn Pyosalpinx oder Extrauteringravidität bestimmt ausgeschlossen sind.

Sänger nennt seine Massage „unterbrochene“ im Gegensatz zu der zweiten Modification, von welcher ich noch sprechen will, der „Dauerzugmassage“. Chrobak hat sie zuerst angegeben: Er legt die Kranke ins Bett, setzt den Uterus mit einem aussen am Bett angebrachten Zugapparat in Verbindung und unterwirft so parametritische Stränge einer dauernden Dehnung. Beide Formen der Zugmassage, die unterbrochene und gegenwärtig ganz besonders die Dauerzugmassage, wendet Dührssen erfolgreich an; die erstere in der Weise abgeändert, dass mit der Kugelzange nur ein ab- und zunehmender Zug auf den Uterus ohne Massage ungefähr 5 Minuten lang in jeder Sitzung ausgeübt wird, die letztere hat er wesentlich umgestaltet. Die Kranke legt sich auf das Brandtsche Sopha. In die hintere Muttermundslippe wird eine Kugelzange eingesetzt; in die hintere Lippe, weil erfahrungsgemäss die meisten Fixationen hintere sind. An der Kugelzange befindet sich ein Gummischlauch, welcher stark angezogen und an das Fussende des Sophas befestigt wird. Die Frau muss ruhig liegen, eventuell 12 Stunden lang, und höchstens darauf achten, dass sie nicht nach dem Fussende hinrutscht, wodurch der elastische Zug des Gummirohres gleich Null würde. Man controliert von Zeit zu Zeit, ob der Uterus gut angezogen wird.

Das Dührssensche Verfahren ist empfehlenswerter als das Chrobaksche, weil ersteres ambulatorisch ausführbar ist, das letztere wegen des Zugapparates am Bett ausgiebig nur in Kliniken angewandt werden kann.

Diese beiden eben geschilderten Formen der Massage — der Ausdruck Massage ist gerechtfertigt, weil Dehnungen, also der wesentlichste Bestandteil der Massage, in Betracht kommen — fanden seiner Zeit in der Poliklinik nicht die weitgehende Anwendung, welche ihnen gebührt. In einigen Fällen handelte es sich um fixierte Retroversiones oder Retroflexiones uteri, welche aus irgend einem Grunde den massierenden Händen schwer zugänglich waren, oder es waren schmerzhafte Stränge vorhanden, welche keine Dislocationen bedingten, zuallermeist indicierte die pathologische Anteflexio uteri mit ihren Folgen, Dysmenorrhoe und Sterilität, die Zugmassage. Die Behandlung erreichte Beseitigung der Beschwerden, ermöglichte teilweise Conception, corrigierte die Lageanomalie des Uterus oder machte ihn wenigstens für eine nachfolgende Operation oder Ringbehandlung tauglich.

Von 17 Patientinnen sind 7 geheilt, von den geheilten sind 2 gravid geworden. Ein Misserfolg und ein Recidiv sind verzeichnet, die übrigen Kranken sind gebessert.

Von den Fällen seien einige mitgeteilt.

Fall V. 14. IV. 1892. Frau S., 31 J. alt.

Aus der Anamnese: Patientin hat am Tage vor dem Eintritt der Menstruation sehr heftige, krampfartige Schmerzen.

Aus dem Status: Uterus stark anteflectiert, nach hinten fixiert.

Diagnose: Pathologische Anteflexio uteri.

Therapie: Zugmassage.

19. IV. Zugmassage, 23. IV. Zugmassage, 25. IV. Eintreten der Menses.

Patientin hat gestern und heute ausser Kopfweh nicht die geringsten Beschwerden gehabt.

Fall VI. 28. VIII. 1891. Frl. G., 21 J. alt.

Aus der Anamnese: Mit 14 J. menstruiert. 3 Jahre haben die Menses ausgesetzt, seit 2 Jahren wieder regelmässig. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib seit 1 Jahre. Ausfluss.

Aus dem Status: Uterus sinistrovertiert infolge linksseitiger Stränge, sonst beweglich.

Diagnose: Perimetritis chronica.

Therapie: Jodtinctur-Glycerintampon.

19. IX. Das linke Lig. sacro-uterinum stark gespannt und schmerzhaft; an dem rechten Lig. ein Strang, durch welchen die Portio nach rechts gezogen ist. — Uterus anteflectiert, sinistrovertiert.

Jodtinctur-Glycerintampon.

24. X. Besserung. 5. XI. Eadem. 13. I. 1892. Uterus anteflectiert; Bewegungen des Uterus sind schmerzhaft.

Heisse Ausspülungen verordnet. 12. II. Die heissen Ausspülungen haben etwas geholfen. Noch Schmerzen in der Seite, besonders beim Gehen.

Zugmassage in Aussicht genommen. 13. II. Zugmassage. Uterusausspülung.

15. bis 17. II. Zugmassage. 19. und 20. Zugmassage. 22. II. Zugmassage. Fast keine Beschwerden mehr, aus der Behandlung entlassen.

Fall VII. 5. X. 1891. Frau J., 27 J. alt.

Aus der Anamnese: Mit 15. J. erste Menstruation, regelmässig, nicht stark. Erste Geburt vor 7 Jahren — Dammriss, welchen Patientin nicht nähen liess. Bald darauf Kreuzschmerzen und Schmerzen im Oberschenkel, welche in den Fuss ausstrahlen. Deshalb kam Patientin vor $1^1/_2$ J. hierher in Behandlung. Im März 14tägige Behandlung in der Charité. Die Schmerzen im Bein liessen nach, die Kreuzschmerzen nicht, dazu gesellten sich Schmerzen in der rechten Seite. In der Charité Curettement. Seitdem schmerzhafte Menses; dabei stösst sie Klumpen Blut aus.

Status und Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: Massage.

6. X. M. (4 Minuten lang). 10., 12., 16. X. M. 27. X. Portio ist durch eine von einem rechtsseitigen Cervixriss ausstrahlende Narbe an die rechte Beckenwand fixiert.

29. X. Zugmassage. 2., 5., 9., 12., 16., 25. XI. Zugmassage. 30. XI. Zugmassage. Schmerzen haben nachgelassen.

9. III. 1892. Menses seit Weihnachten ausgeblieben. Uterus vergrössert, Vagina und Portio von etwas livider Farbe — Gravidität.

Wir haben also bis jetzt Methoden kennen gelernt, welche im stande sind, parametritische Fixationen oder perimetritische Adhäsionen des Uterus und seiner Adnexe in einer mehr oder minder grossen Reihe von Sitzungen zu dehnen oder zu lösen. Solche perimetritische, strangförmige wie flächenhafte Verwachsungen in einer Sitzung, ohne Laparotomie, zu lösen die Möglichkeit gegeben zu haben, das Verdienst gebührt B. S. Schultze. Er hat zuerst in einem Vortrage 1879, dann in seiner Pathologie der Lageveränderungen der Gebärmutter 1881 und schliesslich in einem Aufsatz der Zeitschrift für Geburtshülfe 1888 über seine neue Methode abgehandelt, eine Methode, welche anfangs als gefährlich heftig angegriffen, bald aber von vielen Seiten warm empfohlen wurde — als Schultze'sche Lösungen.

Schultze selbst führt diese Lösungen so aus: Die Kranke hat Darm und Blase entleert. In tiefer Chloroformnarkose wird zunächst eine bis ins einzelnste gehende Digitaluntersuchung gemacht. Stellt sich der Fall definitiv als geeignet heraus, wird an die Untersuchung sofort die Therapie angeschlossen. Die Kranke liegt in Steinschnittlage, bis an den Rand des Operationstisches vorgeschoben. Ein Assistent überwacht die tiefe Narkose, der Operateur geht mit dem Daumen der linken Hand in die Vagina, mit Zeige- und Mittelfinger in das Rectum ein, welches durch beständige Irrigation mit warmem Wasser dilatiert erhalten wird. Die äussere Hand, also die rechte, drängt von den Bauchdecken aus, tastend, die Organe den inneren Fingern, welche bis über den Isthmus recti hinaus nach oben geschoben werden, entgegen. Der Uterus wird nun mittels der inneren Finger „sachte“ in die Höhe gehoben, wobei sich seine Adhäsionen anspannen. Dünnere Adhäsionen werden nunmehr von ihrem fixen Punkt am Uterus abgedrängt, breitere von der Uteruswand sorgfältig, aber mit „fester Hand“ abgeschoben, etwa so, wie die Hand des Geburtshelfers die Placenta von der Innenwand des puerperalen Uterus abhebt. Bei besonders schwierigen Fällen von Retroflexio uteri fixata dilatiert Schultze den Uterus, geht mit einem Finger in sein Cavum ein und hebt ihn der äusseren Hand entgegen; diese ist so in der Lage, jede Unebenheit der Uterusoberfläche zu erkennen und übernimmt das Abschieben

oder die Durchtrennung der pathologischen Verwachsungen. In ganz seltenen Fällen hat Schultze den Uterus anstatt mit einem Finger, mit einer starken Sonde aus dem kleinen Becken herausgehoben, die Sonde einem Assistenten übergeben und die Lösung vom Rectum und den Bauchdecken aus vorgenommen.

Für Fälle, in denen die Hinterwand des Uterus mit der vorderen Mastdarmwand breit verwachsen ist, übt Schultze ein etwas modificiertes Verfahren, welches ihn in den Stand setzt, einmal die flächenhafte Verlötung genauer zu erkennen und zweitens zu durchtrennen. Mit den Mittelfingern der beiden gegeneinander tastenden Hände fixiert er den Teil der vorderen Rectumwand, welcher hart über der Verlötung gelegen ist und mittels je eines anderen Fingers der inneren und der äusseren Hand schiebt er den Uterus von der Rectumwand ab. Nach erfolgter Lösung wird der Uterus durch ein geeignetes Pessarium in der richtigen Lage erhalten. Eisblase aufs Abdomen und absolute Ruhe machen den Abschluss der Behandlung.

Was die Adnexe des Uterus betrifft, so hat Schultze nachgewiesen, dass ihre durch Retroflexio uteri bewirkte Verlagerung viele Symptome macht, welche bisher nur der Retroflexio zur Last gelegt wurden. Die Ovarien vor allen Dingen sind häufig angeschwollen und sehr druckempfindlich; sind sie fixiert, so sind sie den peristaltischen Bewegungen der Därme ausgesetzt, daher zum Teil die heftigen Leibschmerzen der Kranken. Die Fixation der Ovarien kann mitunter die dauernde Reposition des Uterus unmöglich machen, weshalb Schultze ihre Lösung unter allen Umständen fordert. Diese Lösung der Ovarien bewerkstelligt er ganz ähnlich wie die Lösungen des Uterus, nur langsamer und noch vorsichtiger, indem er niemals das Ovarium selbst als Handhabe benutzt, sondern mit den lösenden Fingern sich immer genau an die Fläche hält, an welche das Ovarium angelötet ist.

Durch die mit der des gelösten Uterus gleichzeitig erfolgenden Reposition der beweglichen, durch die Lösung und Reposition der vorher fixierten Ovarien hat Schultze die schönsten Heilerfolge erzielt. Dabei hat er weder eine nennenswerte Peritonitis, ein tastbares Exsudat noch einen

diagnosticierbaren Bluterguss auftreten sehen, eben weil er alle „Gewalt vermeidet und die genau in allen Einzelheiten zuvor erkannten Adhäsionen sorgfältig in situ trennt".

Diese Angaben Schultzes hat sich Dührssen in der Poliklinik zu Nutze gemacht. Es handelte sich selbstverständlich nur um leichtere Fälle, welche bei der poliklinischen Behandlung in Betracht kamen. Man benutzte entweder Narkosen, welche wegen irgend eines anderen Eingriffs zum Beispiel zwecks der Vaginofixation den Kranken bewilligt wurden, oder man narkotisierte in der aprioristischen Absicht, den Uterus und vor allem die Ovarien aus Verwachsungen zu lösen oder Stränge, welche vorher schon nach Brandt massiert worden waren, ad maximum zu dehnen.

Die Protocolle der Poliklinik aus der Zeit vom 1. November bis 1. März weisen 34 Fälle auf, unter ihnen 22 Vaginofixationen. Es geht daraus hervor, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um Retroflexio uteri, combiniert mit Perioophoritis handelte. Die Patientinnen sind teils vollständig, teils mit Ring geheilt, teilweise bedeutend gebessert, ein Teil freilich hat seine Beschwerden behalten. In einem Falle blieb der Uterus irreponibel, und die Lösung des einen Ovariums gelang nur unvollständig, eine Bestätigung der Bemerkung Schultzes, dass manchmal die Loslösung des Ovariums nicht gelingt, dass daher nach Anwendung einer längeren resorbierenden Behandlung der Versuch zu lösen ein zweites oder drittes Mal wiederholt werden muss.

2 Fälle sollen für alle sprechen.

Fall VIII. 21. IX. 1891. Frau M., 27 J. alt.

Aus der Anamnese: Erste Menstruation mit 18 Jahren, immer 8 Tage dauernd, reichlich. Gefühl von Drängen nach unten, Verstopfung. Hat 3mal geboren, Puerperia fieberfrei.

Jedesmal nur 4 Wochen gestillt. Seit langer Zeit besteht weisslicher Ausfluss.

Letzte Menstruation vor 8 Tagen.

Status und Diagnose: Retroflexio uteri fixata. Endometritis.

Therapie: Jod. Heisse Ausspülungen.

12. X. Uterus fixiert. Ziemlich grosse Empfindlichkeit bei der Untersuchung. Tinct. jodi.

19. X. Extr. fluid. Hydrast. Canadens.

5. XI. Narkose: Curettement, Dehnung der Stränge und teilweise Lösung. Reposition des Uterus, Ring.

10. XI. Uterus liegt gut. Patientin klagt noch über Schmerzen in der rechten Seite.

19. XI. Patientin fühlt sich wohl, hat nur hin und wieder geringe Schmerzen.

22. XI. Ring herausgenommen. Uterustamponade wegen starker Menstruationsblutung.

23. XI. Tamponade wird entfernt, die Blutung steht. Uterus liegt retroflectiert. Reposition und Ring.

30. XI. Uterus liegt retroflectiert im Ring. Reposition und Ring.

18. XII. Uterus liegt gut, nur noch Kreuzschmerzen. Vaginofixation vorgeschlagen.

28. I. 1892. Ringwechsel. Essent. Mangano-ferro peptonat.

11. II. Uterus liegt gut. 22. II. Menstruation ausgeblieben. 8. III. Menstruation eingetreten. Ringwechsel.

Fall IX. 3. IV. 1891. Frau B., 30 Jahre alt.

Aus der Anamnese: 9 Jahre verheiratet; ein Kind ausgetragen, einmal abortiert.

Menstruation seit dem 17. Jahre, regelmässig, 3 Tage dauernd.

Kommt wegen Blutung, welche schon 3 Tage dauert.

Status und Diagnose: Retroflexio uteri fixata. Endometritis. Perioophoritis dextra.

Therapie: Uterusausspülung und Jodeinspritzung.

17. IV. Befinden besser, keine Blutung. Uterus gross, retrovertiert. Tinct. jodi. Heisse Ausspülungen.

22. V. Tinct. jodi. 3. VII. Uterus beweglicher. Ichthyol. 23. VII. Uterus aufgerichtet, Ring eingelegt.

19. VIII. Ringwechsel. 19. IX. Uterus und Ring liegen gut. 31. X. Ringwechsel. 12. XII. Uterus liegt retrovertiert im Ring. Stränge zu beiden Seiten des Uterus. Vaginofixation vorgeschlagen.

9. I. 1892. Narkose: Das rechte Ovarium wird aus Fixationen gelöst, das linke lässt sich bis zur vorderen Beckenwand ziehen. Vom linken Lig. latum zieht ein Strang zur Spina ischii sin. Vaginofixation.

6. II. Uterus stark antevertiert: kurz nach der Operation trat die Menstruation zu richtiger Zeit ein, mit gewöhnlicher Stärke. Gar keine Beschwerden mehr.

5. III. Uterus liegt stark anteflectiert, Fundus etwas nach rechts geneigt.

1. VI. Uterus stark vergrössert, anteflectiert.

Patientin hat gar keine Beschwerden mehr.

Über Methoden habe ich in dieser Arbeit geschrieben, denen noch eine grosse Zukunft bevorsteht: denn sie leisten Vorzügliches für die Stellung der Diagnose und im weiteren für die Ausführung einer erfolgreichen Therapie.

Inbetreff der Massage ist oben gesagt worden, dass sie eine genaue Diagnose voraussetzt. Dieser Satz ist richtig. Umgekehrt ist er ebenso richtig: Die Massage ermöglicht erst eine genaue Diagnose. Indem man täglich durch Massieren die betreffenden Organe unempfindlicher macht und so in der Lage ist, sie immer genauer abzutasten, kann man sich, besonders wenn man von Zeit zu Zeit den Befund aufzeichnet, ein Gesamtbild von den vorliegenden Veränderungen und eine gute Vorstellung von dem bereits erzielten Erfolge machen. Einige Gynäkologen sprechen geradezu von einer palpatorischen Massage und stellen sie über alle bisherigen Untersuchungsmethoden. In der That kann man wiederholt die Beobachtung machen, dass Ovarien oder Tuben, welche man vorher nie gefühlt hatte, durch die Massage allmählich tastbar werden. Nicht minder gestattet die Zugmassage durch das Anziehen der Kugelzange feinere Stränge am Uterus genauer zu fühlen als die bimanuelle Untersuchung. Dass bei den Schultzeschen Lösungen die Narkose für die Diagnose das Wesentliche ist, wurde schon hervorgehoben.

Im geraden Verhältnis zur Erleichterung der Diagnose stehen die höheren Leistungen der Therapie. Es lässt sich nicht leugnen, dass durch die nötige Ruhe, methodisch geleitete Badecuren und ein zweckmässiges resorbierendes Verfahren nach Monaten oder Jahren Heilungen der in Rede stehenden Leiden erzielt werden

können, aber die eben besprochenen Methoden heilen citius, tutius, jucundius. Zu ihren Heilerfolgen gehören die „Heilungen mit Ring“. Der Ring ist freilich ein Notbehelf, man kann aber nicht ganz auf ihn verzichten; er besteht immer dann zu Recht, wenn eine Operation, wie z. B. die Vaginofixation, verweigert wird, oder aus anderen Gründen nicht ausführbar ist.

Zu ihren Heilerfolgen gehören schliesslich die Fälle, in denen sie durch Beseitigung der Adhäsionen die neueren Operationen, welche im Interesse einer dauernden Lageverbesserung des Uterus gemacht werden, erst ermöglichen.

Ich will nicht verhehlen, dass die Massage unter Umständen schmerzhafter ist als die alte, medicamentöse Behandlung, freilich ein Vorwurf, welcher von den Gegnern der Massage allzusehr ins Treffen geführt wird. Schmerzlos ist fast kein gynäkologischer Eingriff — das Einführen des Speculum, Einlegen und Herausnehmen eines Tampons macht auch Schmerzen und muss öfter wiederholt werden als die Massage.

Jede einzelne der drei Methoden verdient ihren Wirkungskreis. Es ist schon genügend hervorgehoben worden, dass die Massage hauptsächlich bei parametritischen Fixationen indiciert ist, die Zugmassage besonders bei solchen Adhäsionen, welche den Uterus hinten und hoch oben fixieren, so dass der innere Finger nicht das erreicht, was er erreichen will; die Schultzeschen Lösungen kommen ausschliesslich bei perimetritischen Verwachsungen in Betracht; den Lösungen hat die Massage vorzuarbeiten, wenn erstere noch nicht möglich sind. In einem Falle hat Schultze eine Kranke, bei welcher er mit seinem Verfahren nichts erreichen konnte, nach Stockholm zu Brandt geschickt, welcher, allerdings erst nach monatelangem Massieren, der Fixationen Herr wurde. Demnach darf es nicht Wunder nehmen, wenn die Methoden hier und da einmal combiniert zur Anwendung kommen (Fall VII). In einem Falle der Poliklinik wurden alle drei Methoden gleichzeitig bezw. hintereinander angewendet.

Leopold glaubt nicht, dass die Massage oder das Schultzesche Verfahren im stande sind, Pseudomembranen, welche hinten den retroflectierten Uterus fixieren, zu

lösen — „zwar wird geraten, man solle diese Membranen durch Massage vorher entfernen. Wer aber bei Ventrofixationen solche Pseudomembranen gesehen hat, wird wissen, wie schwer sie oft für Finger und Messer zu trennen sind. Und diese sollen die Fingerspitzen durch Bauchdecken und Scheidengewölbe hindurch im Finstern und Blinden fortmassieren können?“ Dass sie es können, beweisen die zahlreichen Erfolge, welche von verschiedenen Seiten veröffentlicht worden sind. Freilich ist in einzelnen Fällen viel Zeit, Geduld und Ausdauer seitens des Arztes und der Patientin aufzuwenden. Hierin liegt vielleicht der Hauptvorwurf, den man speciell gegen die Brandt'sche Massage erheben kann; sie ist nicht so wenig umständlich, nicht so wenig zeitraubend, wie man es von einer Methode erwarten muss, welche das alte Armamentarium gynaecologicum über den Haufen zu werfen berufen sein soll. Aber vielleicht gelingt es einmal für diese Methode, welche vorläufig nur auf Empirie begründet ist, das wissenschaftliche Princip aufzufinden, dementsprechend ihr Gebiet scharf zu umgrenzen. Einzelne treiben die Empirie so weit, dass sie die Erfolge der medicamentösen Behandlung sich nicht anders erklären können, als dass das Einführen von Speculis und das Einlegen von grossen Wattetampons in die Vagina dehnend auf die mit Jodtinctur oder sonst einem Resorbens attaquierten Stränge einwirkt. Ebendieselben erklären Irrigationen der Vagina und des Rectum für Massage. Nicht ganz mit Unrecht. Man kann sich vorstellen, dass das Antrum vaginae oder die Ampulla recti durch das eingelaufene Wasser ausgedehnt, ihrerseits die feineren Stränge behelligen.

Dass Schultze bei seinen Lösungen hart an Gefahren vorbeigeht, giebt er zu; mit den Gefahren brauche aber nicht der zu rechnen, der über persönliches Können verfügt: wie für jeden gynäkologischen Eingriff, so sei besonders für diesen persönliches Können notwendig. Schultze gewährleistet persönliches Können. Persönliches Können muss vor allem auch dem zu Gebote stehen, der die gynäkologische Massage ausübt. Wenn freilich Heilgehülfen und Streichfrauen sich mit den Organen des weiblichen Beckens befassen, dann ist es zu verstehen, wenn Sielski die Massage für roh und primitiv,

Malmsten sie für einen ungebührlichen Eingriff in die Geschlechtssphäre des Weibes erklärt. Nur der Arzt, und vorläufig nur der fachmännisch gebildete Arzt, sollte kranke Frauen nach diesen Methoden behandeln. Er allein ist im stande, sich ein gutes Urteil über den Zustand der kranken Geschlechtsorgane zu bilden, die Indication zu stellen, die mechanischen Manipulationen richtig auszuführen — er darf die Hoffnung hegen, Frauen von Leiden zu befreien, durch welche sie jeglichen Lebensgenusses, aller Schaffenslust und Arbeitskraft beraubt werden.

Ich habe die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geheimrat Professor Dr. Gusserow für die Überlassung des Materials und Herrn Privatdocent Dr. Dührssen für seine freundliche Anregung und die liebenswürdige Durchsicht dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Arendt: Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt. Berliner klin. Wochenschr. 1890. No. 1—3.
2. Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891.
3. v. Braun und Kreissl: Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten. Wien 1889.
4. Bunge: Beiträge zur Massage des Unterleibs, insbesondere des Uterus und seiner Adnexe. Berliner klin. Wochenschr. 1882. No. 25.
5. Döderlein: [Aus den Verhandlungen der Gynäk. Section des X. internat. med. Congresses zu Berlin. — S. Centralblatt f. Gynäk. 1890. S. 125].
6. Dührssen: Über den Wert der gynäk. Massage nach Thure Brandt. Berliner klin. Wochenschr. 1891. No. 44. [Sonderabdruck.]
7. Landau: s. Döderlein.
8. Küstner: Eine einfache Methode, unter schwierigen Verhältnissen den retrofl. Uterus zu reponieren. Centralblatt f. Gynäk. 1882. No. 28.
9. Kugelmann: s. Döderlein.
10. Leopold: [Aus den Verhandlungen der gynäk. Gesellschaft zu Dresden. — S. Centralblatt f. Gynäk. 1891. S. 116.]
11. Profanter: Die Massage in der Gynäkologie. (Mit einem Vorwort von B. S. Schultze.) Wien 1887.
12. Sänger: Über Zugmassage. Centralblatt f. Gynäk. 1890. S. 345.
13. B. S. Schultze: Über Diagnose und Lösung peritonealer Adhäsionen des retrofl. Uterus und der entsprechend verlagerten Ovarien. Zeitschrift f. Geburtshülfe. Bd. XIV.
14. Seiffart: Die Massage in der Gynäkologie. Stuttgart 1888.
15. Ziegenspeck: Über Thure Brandts Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. Volkmanns Samml. klin. Vorträge. Leipzig 1890.

Thesen.

I.

Die Retroflexio uteri ist, wenn sie eine mobile, operativ, wenn sie eine fixierte, mit Massage bezw. Schultzescher Lösung und nachfolgender Operation zu behandeln.

II.

Das Hypnotisieren soll als Behandlungsmethode gegen Hysterie auf das äusserste beschränkt werden.

III.

Verletzungen mit Geschossen geringen Kalibers sollen nicht sondiert werden.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Kurt Timmling, evangelisch-lutherischer Confession, Sohn des verstorbenen Architekten Fr. A. Emil Timmling, wurde am 5. Februar 1869 zu Burgstaedt, im Königreich Sachsen, geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf dem seinerzeit noch städtischen Gymnasium zu Allenstein und auf dem kgl. Gymnasium zu Chemnitz; letzteres verliess er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife. Er bezog hierauf die Universität Marburg, an welcher er am 4. März 1891 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach einem einsemestrigen Studium in Leipzig gehört er seit dem 3. Nov. 1891 der Berliner Universität an und bestand hier am 3. März 1893 sein Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

In Marburg: Gasser, Goebel, Greeff, Kohl, Külz, Melde, Plate, Strahl, Zinke.

In Leipzig: Birch-Hirschfeld, Döderlein, Karg, Krehl, Romberg (für Curschmann), Urban.

In Berlin: v. Bergmann, Dührssen, Gusserow, Jolly, Klemperer, Lassar, Mendel, Rubner, Schweigger, Senator, R. Virchow, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.